



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Violencia basada en género y su relación con el parto
pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto
Nacional Materno Perinatal; agosto - setiembre 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Flor D` María SOLÍS MENDOZA

ASESOR

Yolanda QUISPE ALOSILLA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Solís, F. Violencia basada en género y su relación con el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto - setiembre 2017 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código Orcid del autor (dato opcional):

Código Orcid del asesor o asesores (dato obligatorio):

0000-0002-1794-3625

DNI del autor:

45346453

Grupo de investigación:

No pertenece

Institución que financia parcial o totalmente la investigación:

Autofinanciado

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y coordenadas geográficas

Jirón Miro Quesada 941, Cercado de Lima 15001

-12.052730, -77.022003

Año o rango de años que la investigación abarcó:

2017



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA


El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: SOLÍS MENDOZA FLOR D' MARÍA

CUYO TÍTULO ES: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL; AGOSTO-SETIEMBRE 2017. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:


Bueno

Dieciseis 16


DRA. MILENA LÓPEZ SÁNCHEZ
C.O.P. 4052
PRESIDENTE


MG. MARÍA LUISA TORRES CHAUCA
C.O.P. 4181
MIEMBRO


LIC. ISABEL ALFONZO FLORES
C.O.P. 0283
MIEMBRO


LIC. YOLANDA QUISPE ALOSILLA
C.O.P. 3036
ASESOR (A)


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Mg. CLARA DÍAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 02 de setiembre del 2019

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por darme la fortaleza, motivación y voluntad de continuar con mis metas. A mi Alma mater por forjar conocimientos y calidad humana en esta hermosa profesión. A mis padres que siempre han estado para mí apoyándome de distintas maneras. A mis hermanos por su apoyo incondicional de mil formas para iniciar y terminar la carrera.

Agradecer a la Obstetra Yolanda Quispe Alosilla, por la asistencia brindada como asesora. Al Dr. Óscar Munares García por su tiempo y apoyo que permitió la culminación de mi estudio, con quien estaré siempre muy agradecida. Gracias infinitas a mis amigas que siempre estuvieron brindándome su apoyo. Gracias a todas las personas que contribuyeron de algún modo a la realización de mi tesis.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fuente de esperanza. A mis padres César y Olga por sus enseñanzas y valores que llevo conmigo para ser una mejor persona. A mis hermanos que son lo más preciado de mi vida; Katherine, Jhonn y Eddy quienes me han enseñado con cada particularidad suya, que no hay amor más perdurable y sincero que el amor de familia. Y particularmente a mí porque entendí que hay tiempos para estar triste pero más para continuar y ser feliz.

ÍNDICE

RESUMEN	5
SUMMARY	6
CAPÍTULO I.....	7
• INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO II.....	21
• METODOLOGÍA.....	21
CAPÍTULO III	28
• RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO IV	33
• DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V	37
• CONCLUSIONES.....	37
CAPÍTULO VI	38
• RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXOS	44

RESUMEN

“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL; AGOSTO – SETIEMBRE 2017”

OBJETIVO: Evaluar la relación de la violencia basada en género con el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto – setiembre 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico de casos y controles, realizado a 228 puérperas de parto pretérmino y a término. Se desarrolló un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Se halló la relación de las variables por medio de la prueba Chi-cuadrado ($X^2_{(n)}$) y el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% mediante el modelo de regresión logística bivariado y multivariado.

RESULTADOS: El 43,42% tenía entre 26 y 35 años. El 74,56% presentaba grado de instrucción secundario, un 77,63% eran convivientes y el 75,63% amas de casa. Se observó que las participantes del grupo de parto pretérmino estuvieron expuestas en un mayor porcentaje a violencia (en todos los tipos de violencia a excepción de la violencia sexual) en comparación al grupo de parto a término. Se comparó la exposición de los tipos de violencia con la ocurrencia de parto pretérmino, en el cual no se obtuvo resultados estadísticamente significativos.

CONCLUSIÓN: No se halló una relación estadísticamente significativa en las pacientes que padecieron de violencia basada en género y la ocurrencia de parto pretérmino.

PALABRAS CLAVES: Violencia basada en género, parto pretérmino

SUMMARY

"RELATIONSHIP BETWEEN GENDER-BASED VIOLENCE AND PRETERM CHILDBIRTH IN PUERPERAL WOMEN SERVED AT THE NATIONAL PERINATAL MATERNAL INSTITUTE; AUGUST – SEPTEMBER 2017"

OBJECTIVE: Evaluate relationship of gender-based violence to preterm childbirth served at the National Perinatal Maternity Institute; August – September 2017.

MATERIALS AND METHODS: Analytical case and control study, at 228 preterm and full-term birth puerpers. A descriptive analysis was developed using central trend and dispersion measures, as well as frequencies and percentages for qualitative variables. The ratio of the variables was found by means of the Chi-square test ($X^2_{(n)}$) and Odds Ratio (OR) with a 95% confidence interval using the bivariate and multivariate logistic regression model.

RESULTS: 43.42% of the participants were between 26 and 35 years old. 74.56% had secondary education. 77.63% were cohabitants and 75.63% were housewives. It was observed that in general the participants of the preterm birth group were exposed in a higher percentage to violence (in all types of violence except for sexual violence) in comparison to the not preterm birth group. We compared the exposure of the types of violence with the occurrence of preterm birth, in which none of the types of violence obtained statistically significant results.

CONCLUSIONS: Not statistically significant relationship was found in patients suffering from gender-based violence and preterm delivery occurrence.

KEY WORDS: Gender-based violence, preterm birth.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de impacto mundial, histórico y estructural, comprende la idea de género que establece que el dominio en campos de poder el género femenino está subordinado por el masculino; por ende la conducta de la mujer está en función a la determinación del hombre, transgrediendo los derechos inherentes a la persona, con ello deviene la falta de equidad, el perjuicio emocional, corporal y/o sexual e incluso la muerte ¹. La Organización Mundial de la Salud informa que de tres mujeres, una ha sido víctima de maltrato físico y/o agresión sexual por parte de la pareja u tercera persona ².

El problema de la violencia que afecta a la mujer se presenta en todas las regiones del Perú, es así que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2017 informa que en el territorio peruano el 65.4% de las mujeres han sufrido por parte de la pareja al menos un tipo de violencia; el 61.5% ha padecido de violencia emocional, 30.6% fueron violentadas físicamente y 6.5% sufrió de abuso sexual ³.

La violencia en el embarazo se define como la imposición y dominio; abarca el daño físico, trastorno afectivo, agresión sexual y/o la combinación de estas, puede ser ejercida por su pareja o ex-pareja, con anterioridad, durante o posterior a la gestación ⁴. Según la Organización Mundial de la Salud la proporción de mujeres que fueron violentadas físicamente mientras estuvieron embarazadas ascendía al 5% en 11 países estudiados, el Perú arrojó el mayor porcentaje con 28% ⁵. En un estudio realizado por Saravia J, et al. ⁶ encontraron que de las 12 587 participantes que cursaron por lo menos un embarazo, el 10.7% reportó haber experimentado violencia física durante el embarazo y un 48% de mujeres que fueron víctimas de agresión durante el embarazo, indicaron que esta había sido ejercida por el esposo.

La violencia basada en género que se sufre en la gestación se relaciona significativamente a diversas complicaciones en la salud de la madre ⁷, entre ellas la presencia del parto prematuro, asimismo la Organización Mundial de la Salud indica que la violencia efectuada por la pareja durante el embarazo

incrementa la probabilidad de parto prematuro en un 41% ⁵. Además, Sanchez S, et al.⁸ realizaron un estudio analítico con mujeres embarazadas que presentaron un recién nacido pretérmino, y concluyeron que estas pacientes al padecer de violencia tienden a ser doblemente más propensas a tener un parto pretérmino (OR = 1.99; IC del 95% 1.52–2.61).

En el contexto de lo anteriormente expuesto es conveniente realizar una investigación que profundice la posible relación de la violencia basada en género en la etapa del embarazo y la ocurrencia de parto pretérmino, debido a que en el Perú la violencia hacia la mujer es un problema de salud pública con cifras preocupantes que afecta la integridad de quien lo padece, particularmente en el embarazo que trae consigo diversas complicaciones materno-perinatales; como lo indican a continuación los diferentes estudios.

Berhanie E, et al (2019) realizaron un estudio en Etiopía cuyo objetivo fue evidenciar si la violencia acometida por la pareja influye en los resultados adversos al nacimiento. Este estudio contó con 954 mujeres (318 casos y 636 controles). Se encontró que la edad media (\pm DE) de las madres fue de 28.37 ± 6.25 años con 650 (68.1%); estado civil 830 (87%) eran casadas; 576 (60.4%) eran amas de casa con 209 (65.7%) de los casos y 367 (57.7%) de los controles. En cuanto a violencia, más de un tercio de las mujeres 40.8% habían estado expuestas a violencia de pareja durante su embarazo; de acuerdo al tipo de violencia, el 23% (IC 95% 0.203, 0.257) sufrió violencia psicológica, 19.5% (IC 95% 0.170, 0.220) violencia física y 15.2% (IC 95% 0.129, 0.175) violencia sexual. Las mujeres expuestas a los distintos tipo de violencia por parte de su pareja durante el embarazo fueron tres veces más propensas a tener un recién nacido con bajo peso al nacer (AOR= 3,1; IC 95% 1.470-6.618) y parto pretérmino (AOR = 2,5; IC 95 % 2.198–2.957) en comparación con las mujeres que no estuvieron expuestas; también se halló que las participantes que fueron violentadas físicamente en el embarazo tienen 5 veces más riesgo de tener un recién nacido pretérmino (AOR = 5.3; IC 95%: 3.95– 7.094). Se concluyó que el riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer aumentó cuando las mujeres embarazadas experimentaron abuso físico o más de un patrón de violencia ⁹.

Sobhani S, et al. (2018) investigación realizada en Irán cuya finalidad fue observar si existe asociación de la violencia doméstica con las consecuencias fetales y maternas. Este estudio fue de tipo analítico de corte transversal con una muestra de 402 mujeres embarazadas. Los resultados mostraron que la edad media (DE) de las participantes fue de 28,24 años (5.91= DE) y el 39,8% alcanzó la secundaria en el grado de instrucción. Por otro lado un 48,5% de las mujeres embarazadas habían sido víctimas de violencia doméstica por parte de su cónyuge durante el embarazo; según tipo de violencia un 45,5% mencionó haber sido víctima de abuso psicológico, un 16.7% fue agredida sexualmente y un 10,2% sufrió daño físico. Se halló que la violencia familiar en el período gestacional aumenta la frecuencia de parto por cesárea en 2.1 veces en comparación con el parto vaginal (OR = 2,1; IC 95% 1.390-3.193). También se observó una asociación significativa con el parto pretérmino en mujeres que experimentaron violencia doméstica frente a las que no lo experimentaron (OR = 1.6, IC 95% = 1.017-2.587, P = 0.041). Se concluyó que las mujeres fueron víctimas de violencia intrafamiliar en la gestación y se demostró su asociación con las consecuencias de salud maternas y neonatales ¹⁰.

Hualpa J, et al (2018) elaboraron una investigación en Perú de tipo correlacional y de corte transversal que tuvo como objetivo determinar la relación de la violencia basada en género con las complicaciones maternas y perinatales. Se encontró que un 66.8% sufrió cualquier patrón de violencia en la etapa del embarazo; un 66.8% sufrió violencia psicológica, un 24% perjuicios físicos y un 3.7% daño sexual. Se manifestaron complicaciones como infecciones urinarias (43%) hasta depresión (7.4%) en las madres, mientras que las complicaciones perinatales más y menos frecuente fue el bajo peso al nacimiento (28.6%) y la prematuridad (4.1%) respectivamente. Se halló que los distintos patrones de violencia se asocian a las complicaciones que presenta la madre. Así mismo solo la violencia física y afectiva conlleva a las dificultades perinatales. Se concluyó que la violencia basada en género en la etapa del embarazo presenta una asociación elevada con las complicaciones tanto maternas como perinatales ⁷.

Laelago T, et al (2017) en su investigación realizada en Etiopía cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la violencia de pareja durante el embarazo y los resultados adversos al nacimiento; la investigación fue de tipo observacional de corte transversal con una muestra de 183 mujeres. Se encontró que la edad media de las mujeres fue de 25.4 ($DE \pm 4.6$), según su ocupación 53.6% eran amas de casas. Respecto a la violencia, un 23% de las mujeres mencionaron haber experimentado al menos una vez violencia de pareja durante su etapa gestacional; la forma más común de violencia con un 20%, fue la violencia afectiva; así mismo la violencia física y sexual presentaron un 15% y 12% respectivamente. En el análisis bivariado, la violencia producida por la pareja en la etapa del embarazo mostró una asociación significativa con el recién nacido de bajo peso ($COR = 16.3$ (6.6, 40)); no se encontró asociación significativa con el puntaje Apgar menos de 7 a los 5 minutos ($OR = 1$ (0.2, 5.0) ni con el parto pretérmino ($OR = 0.36$ (0.12, 1.014)). concluyeron que la violencia en la etapa gestacional se relaciona con recién nacido con bajo peso al nacer ¹¹.

Sígalla G, et al (2017) realizaron un estudio en Tanzania con la finalidad de determinar la asociación entre la violencia producida por el cónyuge y el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. Se realizó el estudio a 1112 mujeres embarazadas, que se inscribieron antes de las 24 semanas de gestación y continuaron con un seguimiento para determinar la exposición a la violencia en el embarazo y después del parto. Se encontró que la mayoría de las participantes 79% tenían entre 20 y 35 años, con una edad media de 26 años (desviación estándar, $DE = 5.8$). Por otro lado un 30.3% informó haber padecido al menos un tipo de violencia; la violencia emocional fue el tipo más común de violencia con un 22.8%, seguido de violencia sexual 15.4% y violencia física 6.3%. Las mujeres expuestas a abusos físicos tuvieron tres veces más riesgo de experimentar parto pretérmino en comparación con las que no estaban expuestas ($OR_{crudo}=2,9$; IC del 95% 1,5 - 5,6); no se encontró riesgo de parto pretérmino en aquellas que experimentaron agresiones afectivas y/o sexual. Concluyeron que las mujeres violentadas físicamente por su pareja en el período del embarazo tienen más probabilidad de presentar un parto pretérmino ¹².

Andrade E. (2016) en su estudio realizado en Perú cuyo propósito fue observar si la violencia de género experimentada en la gestación se relaciona con las consecuencias en la salud materna. La investigación se realizó con una población de 245 participantes. Se encontró que un 26% de participantes refirieron haber sufrido algún tipo de coacción; 22.4% sufrieron violencia afectiva, 5.7% daño físico y el 6.9% agresión sexual. Los efectos maternos adversos reveló que un 50.8% presentó anemia, 41.3% infección urinaria, 14.3% preeclampsia, 7.9% parto prematuro. También se halló que los efectos maternos adversos son producto de las relaciones de la violencia emocional ($p=0,019$) y la violencia de género ($p=0,02$) a las que estuvieron expuestas las mujeres. Se concluyó que las mujeres embarazadas que sufrieron violencia de género presentaron consecuencias maternos ¹³.

Hoang T, et al (2016) desarrollaron una investigación en Vietnam, el cual consistió en medir la violencia de pareja durante el embarazo y el riesgo de resultados adversos al nacimiento. Este estudio se realizó a 1276 mujeres embarazadas quienes fueron entrevistadas antes de las 24 semanas, entre las 30-34 semanas de gestación y 48 horas después del parto. Más de un tercio de las mujeres habían estado expuestas a la violencia de pareja durante el embarazo; 32.5% presentó violencia emocional, 10% agresión sexual y 3,5% violencia física. Además, las mujeres gestantes que estuvieron expuestas a agresiones físicas en el embarazo tuvieron cinco veces más probabilidades de tener parto pretérmino (AOR = 5,5; IC: 2,1-14,1). Concluyeron que es común en el periodo del embarazo ser violentada y que la exposición a la violencia física eleva el riesgo de parto pretérmino ¹⁴.

Donovan B, et al (2016) desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y el riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional. Para este estudio se analizó datos extraídos de 50 estudios con 5 087 388 participantes; de las cuales 14 906 mujeres experimentaron violencia de pareja durante el embarazo y 490 405 mujeres con lactantes de parto pretérmino. Los principales resultados dieron una significativa asociación de la violencia de pareja con el parto pretérmino (OR 1,91, IC del 95%: 1,60-2,29) y bajo peso al nacer (OR 2,11,

IC del 95%: 1,68-2,65). Concluyendo que las mujeres violentadas por su pareja durante la gestación tienen mayor riesgo de tener parto pretérmino; un bajo peso al nacer o pequeño para edad gestacional ¹⁵.

Sevilla, I. (2015) realizó un estudio en Nicaragua cuya finalidad fue determinar la asociación de la violencia contra la mujer en el embarazo y las complicaciones materno-fetales. Esta investigación fue de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal con una muestra de 265 mujeres. Se encontró que según el grado de instrucción un 51.3% había cursado el nivel secundaria, un 83.7% era conviviente y un 80% era ama de casa. En relación a la violencia, se detectó que el 42% sufrió violencia de cualquier tipo y en cualquier momento. Se encontró que la presencia de bebés con retardo de crecimiento intrauterino y recién nacido pretérmino fueron dos veces más frecuentes en mujeres que experimentaron violencia. Se concluyó que hay una alta presencia de violencia en el transcurso del embarazo, además de una relación significativa frente a las complicaciones de la salud fetal y materna ¹⁶.

Sanchez S, et al. (2013) en su investigación realizada en Perú cuyo propósito principal fue determinar si las mujeres que fueron violentadas por su pareja tuvieron más riesgo de parto pretérmino espontáneo. Este estudio de diseño analítico contó con la participación de 479 mujeres que tuvieron parto pretérmino (grupo casos) y 480 mujeres con parto a término (grupo control). Se encontró que en las características obstétricas los casos tenían menos probabilidad de haber planeado el embarazo 31.7% en comparación con los controles 43.5%. Las mujeres expuestas a cualquier patrón de violencia durante el embarazo tenían dos veces más probabilidades de presentar un parto pretérmino espontáneo (aOR = 1.99; IC del 95% 1.52–2.61) en comparación con las mujeres que no sufrieron de violencia. Además se demostró que la violencia afectiva incrementaba el riesgo de parto pretérmino en 1,6 veces (aOR = 1,61; IC del 95%: 1,21 a 2,15); Así mismo la exposición de violencia psicológica y física en la gestación tenía una probabilidad de 4.7 veces más de producir un parto pretérmino espontáneo (aOR = 4,66; IC 95% 2,74 – 7,92). Se concluyó que es común que las mujeres sean violentadas por su pareja en la gestación, también qué sí existe asociación con la violencia la cual incrementa el riesgo de parto pretérmino espontáneo ⁸.

Vela, E. (2017) desarrollo una investigación realizada en Perú cuya finalidad fue determinar si la violencia basada en género se asociaba con la ocurrencia de parto pretérmino. Para ello se diseñó un estudio retrospectivo, transversal, analítico (casos y controles) con una muestra de 60 pacientes distribuidos en dos grupos de 30. Se encontró que el 68.3% presentaron violencia psicológica, en el grupo casos 66.7% y el grupo control 70%; no se halló que la violencia psicológica se relacionara con la ocurrencia de parto pretérmino (OR= 0.857; IC 95% 0.23-2.55); un 31.7% presentó violencia física, el grupo casos 26.7% y el grupo control 36.7%; no se evidenció asociación del abuso físico hacia el parto pretérmino (OR=0.63; IC 95% 0.21-1.88); el 16.7% presentó violencia sexual, el grupo casos 26.7% y el grupo control 6.7%. Se observó que las pacientes que fueron agredidas sexualmente tenían una predisposición de 5 veces más a culminar su gestación en parto pretérmino en comparación a las de parto a término. Se concluyó que no se evidencia que la violencia emocional y física influya en el parto pretérmino ¹⁷.

BASE TEÓRICA

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.” ¹⁸.

La clasificación que propone la Organización Panamericana de la Salud ¹⁹ divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- La violencia auto infligida: Implica actos suicidas y lesiones realizadas hacia la propia persona.
- La violencia interpersonal: Realizada por otro o varios sujetos. Puede tener algún vínculo familiar, relación de pareja, o no tener ningún tipo de parentesco.

- La violencia colectiva: Realizada por asociaciones políticas, sociales; agrupaciones revolucionarias, el Estado, entre otras.

La **violencia basada en género** es el acto, establecido por el género e impuesta por la segregación derivado de la variedad de identidades (etnia, idiosincrasia, afinidad sexual, años de vida, entre otras), que origina la muerte, afección o padecimiento físico, anímico o sexual de un individuo. Se asienta en el pensamiento y accionar de la tradicional estructura social que condiciona a la mujer cumplir el rol establecido por la sociedad; el cual la limita y supedita al mandado del hombre ¹.

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública, está presente en los diferentes sectores sociales transgrediendo los derechos humanos de la víctima. La exploración de estudios ha determinado que la violencia afecta a todas las edades, no permite el bienestar integral y trae complicaciones leves - severas en la salud corporal y anímica de la mujer; además se ha encontrado que las personas violentadas por su pareja y agredidas sexualmente presentan mayormente conductas de alto riesgo ²⁰.

Un tercio de las mujeres en el mundo han padecido de violencia basada en género. En Latinoamérica y El Caribe este problema genera un enorme impacto debido al desenlace que afecta la cultura de paz, quebrando los derechos fundamentales de la persona; originando un costo social alto y trayendo consigo nuevos problemas colectivos ²¹.

La violencia basada en género, se manifiesta según sea el tipo de violencia ²²:

- Violencia psicológica: Es aquella acción que ocasiona un daño mental y genera tensiones que no permiten vivir en sosiego; a veces precede a la agresión física, puede presentarse luego o aparecer simultáneamente a ella. Está comprendida por una serie de sucesos como; gritos, humillaciones, injurias, ofensas, entre otros.
- Violencia física: Es la conducta que origina lesiones corporales, riesgos físicos e intimidaciones mediante el empleo de la fuerza, también puede provocar la muerte de un individuo. Se manifiesta a través de golpes,

puntapiés, bofetadas, lanzar objetos hacia la persona, lastimar con armas de fuego o punzocortantes, asfixiar, etc.

- Violencia sexual: Es la acción obligada que se ejerce sobre una persona; se trasgrede la libertad acometiendo actos contra su voluntad o consciencia para intentar que la persona practique actos de índole sexual o intentar realizar acciones sexuales en la víctima.

El ciclo de la violencia es un proceso el cual se explica en 3 etapas ²¹.

- Primer momento (incremento de la tensión): En esta fase se presentan acciones violentas mínimas que van aumentando gradualmente.
- Segundo momento (episodio de agresión): Es la suma de las tensiones del primer momento que llevan a la aparición del comportamiento agresivo desenfrenado.
- Tercer momento (gentileza, arrepentimiento y comportamiento afectivo): La conducta del atacante después de haber violentado a su víctima cambia a una pauta afectiva, mostrando una posición de remordimiento; actúa de forma apacible por un tiempo, sin embargo vuelve a incurrir en su actitud violenta, retornando al primer momento y repitiendo el ciclo.

La violencia en el embarazo es aquella que se desarrolla en esta etapa y comprende la agresión física, daño psicológico y/o atropello sexual producidas en la mujer gestante ²³. La conducta violenta se sustenta en el enraizado ideológico que sitúa a la mujer en una posición subordinada en la sociedad; se expresa en todas las etapas de la mujer, particularmente en la etapa vulnerable del embarazo; la violencia en ocasiones empieza antes de la gestación o puede aparecer y/o acrecentar durante esta. El resultado de la violencia en el embarazo acarrea consecuencias negativas en el progreso normal de la gestación y salud del niño ²⁴.

La investigación multipaís realizado en 15 países por la Organización Mundial de la Salud sobre la salud de la mujer y violencia doméstica. Halló que más del 90% de las participantes aseguraron que durante su gestación fueron violentadas por su pareja. El país con mayor cifra fue el Perú con un 28%,

sobretudo a nivel provincial. La violencia que más se presentó fue la violencia física, que en 11 países sobrepasaba el 5%; además que las manifestaciones más frecuentes fueron puntapiés y golpes en el vientre ⁵.

La Organización Mundial de la Salud en un análisis llevado a cabo en el 2013 en cooperación con la “*Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica*”, trabajaron con datos de aproximadamente 80 países concluyendo que la violencia ejercida por la pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer ²⁵.

El **parto pretérmino** es aquel que inicia cuando el embarazo se encuentra en las 20 semanas y antes de las 37 semanas; se suscita con las contracciones uterinas que tienen una frecuencia, duración e intensidad periódica, a la vez se perciben modificaciones cervicales que implica el acortamiento y dilatación del cérvix uterino ²⁶.

En función de la edad gestacional se consideran las siguientes categorías para los prematuros: Prematuros extremos (< 28 semanas); muy prematuros (28 a < 32 semanas); prematuros moderados a tardíos (32 a < 37 semanas) ²⁷.

El proceso del parto incluye distintas modificaciones a nivel bioquímico, fisiológicos, anatómico, entre otros; esto sucede en el parto a término y de igual forma en el parto pretérmino. Es así que se desarrolla el aumento de las contracciones del músculo del miometrio, se activan los cambios en las membranas ovulares y la decidua, también se presentan las modificaciones cervicales que permiten el borramiento y dilatación. Por lo tanto, el parto a término y parto pretérmino son fundamentalmente el mismo proceso, excepto por la edad gestacional en el que ocurren ²⁸.

La atención profunda para la conducción del parto pretérmino es importante ya que permite principalmente determinar con mayor exactitud las semanas de embarazo a través del examen clínico y mediante tecnologías como la ecografía. Habiendo evaluado a la mujer embarazada, se inicia el plan de trabajo que mantendrá la vitalidad tanto a nivel clínico como psicológico de la gestante; de

ese modo disminuye el estrés y se garantiza la tranquilidad para encaminar el proceso ²⁹.

Los factores de riesgo que están incluidos en la ocurrencia del parto pretérmino son: haber tenido un parto pretérmino con anterioridad; rotura prematura de membranas; preeclampsia; gestación múltiple; Infecciones urinarias; factores uterinos; bajo peso durante la gestación (< percentil 10); haber consumido tabaco; algún tipo de sustancia tóxica; ingerido bebidas alcohólicas; tensión y/o traumas psicológicos y/o físicos y haber estado expuesto a violencia.

Según la Organización mundial de la salud se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros y las complicaciones relacionadas con la prematuridad, tiene como principal causa la defunción en los niños menores de cinco años ²⁷,

El problema de los nacimientos prematuros es que no permite concluir el total desarrollo del niño por nacer; se incrementan o agravan los problemas de salud y adaptación del recién nacido, ya sea una parálisis cerebral que lo afectará de por vida o presentar dificultad para el aprendizaje durante sus posteriores etapas de desarrollo ²⁶.

La violencia es un problema de salud pública que afecta en su mayoría a las mujeres. La violencia ejercida durante el embarazo trae consecuencias que ponen en riesgo el bienestar de la salud integral de la mujer embarazada, además de las distintas complicaciones que afectan al niño por nacer y su posterior desarrollo; es el caso del recién nacido pretérmino que es la principal causa de la mortalidad en los primeros años de vida. Es así que el binomio materno- fetal afectado por la violencia disminuye la conveniencia de un embarazo saludable y un derecho a la vida apropiado como ser humano al futuro niño por nacer.

El estado tiene la responsabilidad de velar mediante las distintas entidades reguladoras de la atención Integral de las personas; sobretudo en la población vulnerable, es el caso de la mujer embarazada. El sector salud mediante la detección precoz en el primer contacto, permitirá el hallazgo de mujeres que sufren algún tipo de violencia, de ese modo mediante el manejo oportuno según

los estándares establecidos pueden prevenir las múltiples consecuencias materno-perinatales.

En consecuencia, se desarrolla el presente estudio de diseño analítico cuyo propósito es hallar la relación de la violencia basada en género con el parto pretérmino y a término. Además, con el resultado de este trabajo queremos aportar para encaminar el embarazo previniendo las múltiples complicaciones que aumentan la morbilidad materno- perinatal de ese modo mejorar la integridad y el desarrollo de la madre y futuro recién nacido mediante la promoción y prevención de la violencia.

Por todo lo anteriormente explicado, proponemos la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la violencia basada en género y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto–setiembre 2017?

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Violencia: Es la práctica deliberada del poder físico, acción o intimidación, dirigido a uno mismo, otra persona o colectividad, que pueda u ocasione muerte, daños y/o alteración en el desarrollo normal de la persona.

Violencia basada en género: Se define como aquel acto que implica el uso de la fuerza física y/o verbal, que restringe la libertad y atropella los derechos de la vida en cualquier etapa de la mujer, provocando lesiones físicas y/o trastornos psicológicos y sexuales.

Parto pretérmino: Se define como contracciones regulares del útero que producen cambios en el cuello uterino que comienzan antes de las 37 semanas y después de las 20 semanas de embarazo.

Puérpera: Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación entre la violencia basada en género y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto-setiembre 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la relación entre la violencia psicológica y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto – setiembre 2017.
- Identificar la relación entre la violencia física y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto – setiembre 2017.
- Estimar la relación entre la violencia sexual y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto – setiembre 2017.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo: Estudio No Experimental, Observacional.

Diseño: Analítico (casos y controles) y de corte transversal.

POBLACIÓN

Puérperas que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de agosto y setiembre de 2017.

MUESTRA DE ESTUDIO

Unidad de análisis: Puérperas que tuvieron un parto pretérmino.

Tamaño de la muestra: Se evaluó el tamaño de la muestra aplicando la fórmula que compara proporciones; la cual se explica en la siguiente expresión:

$$n = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

- p : Corresponde a la suma de $p_1 + p_2$ dividido entre 2
- p_1 : 'Es la frecuencia de la exposición en los casos'.
- p_2 : 'Es la frecuencia de la exposición en los controles'.
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ 'Corresponde al nivel de confianza: 95%'.
- $Z_{1-\beta} = 0,84$ 'Corresponde a la potencia estadística: 80%'.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se tomaron los datos de los resultados alcanzados por Sanchez S, et al.¹⁵

Violencia	Parto Pretérmino		Total
	Si	No	
Expuestos	250	166	416
No expuestos	229	314	543
Total	479	480	959

Donde:

- *OR: $(250*314)/(229*166) = 2$. Lo que indica que existe 2 veces mayor probabilidad de tener Parto pretérmino cuando se está expuesto a la violencia intrafamiliar.*
- *$P1 = 0,52$ (casos)*
- *$P2 = 0,34$ (controles)*
- *$p = [(0.52+0.34)/2] = 0,43$*

$$n = \left[\frac{1.96 \sqrt{2} * 0.43 * 0.57 + 0.84 \sqrt{(0.52 * 0.48) + (0.34 * 0.66)}}{0.52 - 0.34} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.93}{0.18} \right]^2$$

$$n = 114$$

La muestra calculada fue 228 madres atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto - setiembre 2017, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo y técnica de muestreo:

Tipo: No probabilístico

Técnica: Por conveniencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterio de Inclusión

A. Grupo de casos:

- Puérperas de parto pretérmino.
- Puérperas que deseen participar en el estudio.
- Puérperas mayores de edad.
- Puérperas con recién nacido vivo.

B. Grupo de controles:

- Puérperas de parto a término.
- Puérperas que deseen participar en el estudio.
- Puérperas mayores de edad.
- Puérperas con recién nacido vivo.

Criterio de Exclusión

- Puérperas adolescentes
- Puérperas con trastorno psiquiátrico
- Puérperas de parto múltiple

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

1. Variable Independiente

Violencia basada en género

2. Variable Dependiente

Parto pretérmino

TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Técnicas de recolección:

Para reunir la información requerida se aplicó la encuesta.

Instrumento de medición:

1. Hoja de selección: Corresponde al registro de las puérperas que cumplan los criterios de selección con respuestas únicas de Si/No y en conformidad, puedan ingresar al estudio.

2. Formulario de recolección de datos:

a) Se construyó tres partes

- Datos generales que presentan las características sociodemográficas y aspectos clínicos
- La especificación de la existencia del parto pretérmino
- El cuestionario de 12 preguntas que determina si estuvo expuesta a cualquier tipo de violencia (psicológica, física y sexual) durante su embarazo.
“Este cuestionario fue validado por Gracián³¹, el cual cataloga el tipo de violencia mediante las preguntas 1, 5,9 y 10”.

PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS

Recolección de datos:

- Se logró obtener el consentimiento para la realización del proyecto de la investigación por el “Comité de Investigación de la Escuela Profesional Obstetricia”.
- Se obtuvo la aprobación por medio de la Resolución Decanal.
- Se consiguió el consentimiento del Instituto Nacional Materno Perinatal para encuestar a las puérperas (de parto a término y pretérmino) que cumplieran con los criterios establecidos para ingresar al estudio.
- Se explicó sobre el estudio a las participantes, estando conformes, completaron el consentimiento informado.

- Finalmente se encuestó a las pacientes, con una duración de +/- 20 minutos cada una durante los meses establecidos según el estudio.

Análisis de datos:

- El procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico STATA 14.2
- Para desarrollar el análisis descriptivo se empleó medidas de tendencia central (\bar{X}) y dispersión (σ); así como frecuencias (f_i , n_i) y porcentajes (%) para las variables cualitativas.
- Se alcanzó la relación de las variables por medio de la prueba Chi-cuadrado ($X^2_{(n)}$) y el *Odds ratio* (*OR*) con un 95% de nivel de confianza mediante el modelo de regresión logístico bivariado y multivariado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se buscó que el presente estudio cumpla con los principios básicos de la ética médica: Se garantizó la autonomía, asegurando la participación voluntaria de las puérperas. Principio de beneficencia y no maleficencia: Se expuso la importancia de los datos recabados de acuerdo al tema estudiado. Se aseguró la confidencialidad: el cual se guardó en absoluta secreto y fue utilizada para los fines del estudio, manteniéndose el anonimato de los participantes (puérperas) en la publicación.

Se recibió la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal para iniciar la recolección. Se solicitó la firma del consentimiento informado que contiene los principios éticos para la realización del estudio, que explica sus derechos, procedimientos, objetivos de este estudio, los beneficios y riesgos; finalmente la declaración de la participante que está de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Ingresaron al estudio 228 pacientes (114 pretérmino y 114 puérperas a término). El 43,42% de las participantes tenía entre 26 y 35 años. El 74,56% presentaba grado de instrucción secundario. El 77,63% eran convivientes. Finalmente, el 75,63% eran amas de casa. (**Tabla 1**)

Tabla 1. Características sociodemográficas de puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal según tipo de parto, durante los meses de agosto – setiembre 2017.

Características Sociodemográficas		Parto pretérmino		Parto a termino	
		n	%	n	%
Edad	$\bar{X} \pm DS$ 28,32 \pm 6,5	$\bar{X} \pm DS$ 29,16 \pm 6,5	Min-Max 20-43	$\bar{X} \pm DS$ 27,49 \pm 5,7	Min-Max 20-42
	de 20 a 25	41	35.96	50	43.86
	de 26 a 35	48	42.11	51	44.74
	de 36 a 43	25	21.93	13	11.4
Grado de instrucción	Primaria	6	5.26	5	4.39
	Secundaria	84	73.68	86	75.44
	Superior técnico	14	12.28	15	13.16
	Superior universitario	10	8.77	8	7.02
Estado Civil	Soltera	18	15.79	9	7.89
	Conviviente	80	70.18	97	85.09
	Casada	16	14.04	8	7.02
Ocupación	Empleada	11	9.65	9	7.89
	Independiente	11	9.65	7	6.14
	Ama de Casa	86	75.44	91	79.82
	Otros	6	5.26	7	6.14
Total		114	100	114	100

Fuente: Elaboración propia

Al indagar sobre características obstétricas, se puede observar, en el grupo de puérperas que tuvieron un parto a término, un mayor porcentaje de participantes que planificó su embarazo (46.49%) en comparación al grupo de aquellas que presentaron parto pretérmino. Además, el 49.12% de puérperas que presentaron parto a término asistió a 6 o más controles prenatales y tuvieron menor porcentaje de hospitalización por amenaza de parto (2.63%). (**Tabla 2**)

Tabla 2. Características gestacionales de puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal según tipo de parto, durante los meses de agosto – setiembre 2017.

Características Gestacionales		Parto pretérmino		Parto a término	
		n	%	n	%
Consumo de sustancias durante el embarazo	Alcohol, Tabaco o Drogas	9	7.89	6	5.27
	Ninguna	105	92.11	108	94.74
Embarazo Planificado	Si	39	34.21	53	46.49
	No	75	65.79	61	53.51
Controles prenatales	Menos de 6	79	69.30	58	50.88
	6 o más	35	30.70	56	49.12
Hospitalizada por amenaza de parto	Si	24	21.05	3	2.63
	No	90	78.95	111	97.37
Total		114	100	114	100

Fuente: Elaboración propia

Cuando se consultó a las puérperas sobre la exposición a violencia; se observó que en general las participantes del grupo de parto pretérmino estuvieron expuestas en un mayor porcentaje a violencia (en todos los tipos de violencia a excepción de la violencia sexual) en comparación al grupo de parto a término.

(Tabla 3)

Tabla 3. Exposición de violencia en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal según tipo de parto, durante los meses de agosto – setiembre 2017.

Tipo de violencia		Parto pre término		Parto a término	
		n	%	n	%
Violencia en general	si	43	37.72	34	29.82
	no	71	62.28	80	70.18
Violencia emocional	si	40	35.09	31	27.19
	no	74	64.91	83	72.81
Violencia física	si	6	5.26	4	3.51
	no	108	94.74	110	96.49
Violencia sexual	si	6	5.26	7	6.14
	no	108	94.74	107	93.86
Total		114	100.00	114	100.00

Fuente: Elaboración propia

Análisis Bivariado

Se comparó los tipos de violencia con la ocurrencia de parto pretérmino mediante un modelo de regresión logística bivariado. Ninguno de los tipos de violencia obtuvo resultados estadísticamente significativos. (**Tabla 4**)

Tabla 4. Ocurrencia de parto pretérmino según tipo de violencia en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante los meses de agosto – setiembre 2017.

Tipo de Violencia		OR _{crudo}	IC 95%	p
Violencia general	Ausente	1.00	-	-
	Presente	1.43	0.82 - 2.47	0.208
Violencia psicológica	Ausente	1.00	-	-
	Presente	1.45	0.82 - 2.54	0.199
Violencia física	Ausente	1.00	-	-
	Presente	1.53	0.42 - 5.57	0.521
Violencia sexual	Ausente	1.00	-	-
	Presente	0.85	0.28 – 2.61	0.775

Fuente: Elaboración propia

Análisis multivariado

Se realizó el análisis multivariado analizando los tipos de violencia que padecían las puérperas y la ocurrencia de parto pretérmino mediante un modelo de regresión logística, se ajustó el modelo con las características sociodemográficas y obstétricas. El modelo que mejor explicaba la relación fue aquel en que se ajustó por la edad, hospitalización por amenaza de parto pretérmino, control prenatal y estado civil. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la ocurrencia de parto pretérmino y los tipos de violencia explorados. **(Tabla 5)**

Tabla 5. Análisis multivariado de ocurrencia de parto pretérmino según tipo de violencia en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante los meses de agosto – setiembre 2017.

Tipo de Violencia*		OR crudo	IC 95%	p
Violencia emocional	Ausente	1.00	-	-
	Presente	1.74	0.94 – 3.20	0.077
Violencia física	Ausente	1.00	-	-
	Presente	1.89	0.50 - 7.19	0.351
Violencia sexual	Ausente	1.00	-	-
	Presente	0.86	0.25 – 2.92	0.808
Violencia general	Ausente	1.00	-	-
	Presente	1.70	0.93 – 3.09	0.084
* ajustado por edad, estado civil, hospitalización por amenaza de parto , número de controles prenatales				

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La violencia en la etapa de la gestación conlleva a consecuencias significativas, convirtiéndose en un alarmante problema en el desarrollo normal del proceso del embarazo ²⁴. Así lo demuestra el estudio de Sánchez S., et al. ⁸ el cual indica que existe un mayor riesgo de presentar un parto pretérmino si durante su gestación se ha estado propensa a algún tipo de violencia. Esta investigación propone determinar si existe una relación entre la violencia basada en género durante la etapa de la gestación y la ocurrencia de parto pretérmino. La importancia radica en que el parto pretérmino es considerado como la causa principal de mortalidad en niños menores de cinco años²⁷; es trascendental entonces determinar las asociaciones que lo produzcan con el fin de evitarlo.

En el presente estudio se encontró que la edad media (\pm DE) de las participantes fue de $28,32 \pm 6,5$ años, no hubo gran diferencia entre las edades, encontrándose $29,16 \pm 6,5$ años y $27,49 \pm 5,7$ años para los casos y los controles respectivamente. Hallazgo similar a la encontrada por Berhanie E, et al. ⁹ al examinar a madres con resultados adversos al nacimiento expuestas a violencia que presentaron una edad media (\pm DE) $28,37 \pm 6,25$ años. Resultado semejante al obtenido por Sobhani S, et al ¹⁰ al estudiar a mujeres embarazadas con consecuencias maternas y fetales expuestas a violencia doméstica hallando una edad media (\pm DE) de 28.24 ± 5.91 años. Respecto al grado de instrucción, las mujeres encuestadas alcanzaron en su mayoría el nivel secundaria con un promedio de 74.56%, el grupo casos 73.68% y los controles 75.44%. Resultado similar obtenido por Sevilla, I ¹⁶ realizado a mujeres embarazadas afectadas por la violencia con repercusiones materno-fetales, en el cual el 83.7% cursó el nivel secundaria. Este es un factor relevante a tomar en cuenta, ya que la OMS ⁵ indica que los casos de violencia se reducen siempre que la formación educativa sea óptima.

El estado civil es una característica sociodemográfica importante, es así que la OMS ⁵ en su estudio multipaís indica que se dieron más casos de violencia infligida por la pareja entre las mujeres que cohabitaban (es decir, que vivían con

un hombre) sin estar casadas. En la presente investigación se halló que ambos grupos eran en su mayoría convivientes con un promedio de 77.6%; hallazgo similares a los estudios nacional e internacional realizado por Andrade, E ¹³ con 72.2% y Sevilla, I ¹⁶ con un 83.7% respectivamente. Según la OMS³² la planificación familiar es reconocida como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos. En el presente estudio se evidencia la diferencia de los resultados que tuvieron el grupo de parto a término, con un mayor porcentaje que planificó su embarazo 46.49% en comparación al grupo de parto pretérmino 34.21%; esta cifra es semejante a la encontrada en el estudio de Sanchez, S, et al. ⁸ los casos (parto pretérmino) tenían menos probabilidad de haber planeado el embarazo 31.7% en comparación a los controles (parto a término) con 43.5%.

En la actualidad se vienen realizando estudios acerca de la violencia de género que se padece durante la etapa del embarazo y parto. Es así que la Organización Mundial de la Salud ⁵ en su estudio multipaís encontró que en la gestación, al menos una vez, un 11% a 44% sufrieron de violencia por parte de su pareja. Lo cual también se afirma en la presente investigación hallando un 37.72% y 29.82% mujeres que estuvieron expuestas a la violencia en general durante su embarazo tanto en los casos como en los controles respectivamente. Del mismo modo Laelago T, et al ¹¹ menciona que un 23% de las mujeres experimentaron al menos una vez violencia de pareja durante el embarazo.

Por otro lado, el tipo de violencia y la combinación de dos o más de ellas, interviene en las consecuencias directas o indirectas de la salud de la madre y futuro niño por nacer. Es así que en la presente investigación, según el tipo de violencia, el grupo de parto pretérmino estuvo expuesto en un mayor porcentaje a violencia (en todos los tipos de violencia a excepción de la violencia sexual) en comparación al grupo de parto a término; la violencia psicológica 31.14% fue la forma más común, con un 35.09% casos y 27.19% controles; la violencia física 4.38%; con 5.26% y 3.51% en casos y controles respectivamente; así como la violencia sexual 5.7%, con 5.26% casos y 6.14% controles. Estas cifras son similares en cuanto a la frecuencia según tipo de violencia a los estudios realizados por Sobhani S, et al. ¹⁰ realizado en población internacional y Andrade, E. ¹³ realizado en población Peruana, ambos estudios presentan mayor frecuencia de violencia psicológica con 45.5% y 24.4% respectivamente, siendo

de mayor y menor porcentaje comparado con nuestro presente estudio. Así mismo se halló una semejanza en el resultado de Andrade, E ¹³ con un 5.7% violencia física y 6.9% violencia sexual; mientras que Sobhani, S et al. ¹⁰ mostró casi el doble de frecuencia con 10.2% en violencia física.

Respecto a la exposición de violencia de las participantes, el presente estudio no halló relación estadísticamente significativa con ningún tipo de violencia basada en género y el parto pretérmino. Siendo el resultado en relación al parto pretérmino; violencia en general (OR = 1.43; IC 95%: 0.82 – 2.47), violencia psicológica (OR = 1.45; IC 95%: 0.82 – 2.54), violencia física (OR = 1.53; IC 95%: 0.42 – 5.57) y violencia sexual (OR = 0.85; IC 95%: 0.28 – 2.61) Contrario a lo hallado por Sanchez, S, et al. ⁸ quien manifiesta que la presencia de parto pretérmino espontáneo (aOR = 1.99; IC del 95% 1.52–2.61) aumenta en dos veces más debido a la exposición de violencia en la gestación; también que experimentar abuso emocional y agresiones físicas en el embarazo tienen 4.7 más probabilidades de presentar de parto pretérmino espontáneo (aOR = 4.66; IC 95% 2.74–7.92). Con el estudio de Berhanie E, et al. ⁹ también se encontró un resultado opuesto al presente estudio, ya que encontró que la violencia de pareja en el embarazo sí se asocia (AOR = 2.5; CI 95 % [2.198–2.957]) con el parto pretérmino. Otro estudio con resultado diferente fue el de Donovan B, et al. ¹⁵ quienes hallaron una asociación significativa de la violencia de pareja con el parto pretérmino (OR 1,91, IC del 95%: 1,60-2,29).

Nuestra investigación coincide con los resultados obtenidos por Laelago T, et al. ¹¹, determinó que la violencia de pareja durante el embarazo no mostró asociación significativa COR = 0.36 (0.12-1.014) con el parto pretérmino. Del mismo modo Vela, E.¹⁷ presentó que la violencia psicológica no fue estadísticamente significativa (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55) en relación al parto pretérmino; además se observó que las mujeres violentadas sexualmente presentaron un parto pretérmino (5 veces más) en relación a las que no fueron violentadas, aun así la relación no mostró ser significativa (p=0.080; IC 95% 0.981-26.430). Finalmente Sígalla G, et al. ¹² menciona que las mujeres expuestas a violencia emocional (OR cruda = 1,0; IC del 95%: 0,6 a 1,7) o sexual (OR cruda = 1,4; IC del 95%: 0,8 a 2,4) no tienen asociación significativamente con riesgo de parto pretérmino.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden estar relacionados a la naturaleza sensible del tema y su tendencia al sesgo de respuesta no permiten abarcar el fondo del asunto debido a la poca información relatada; es así que el Instituto Nacional de Salud ³³ menciona a la violencia como un vasto problema en el mundo, pero por ser un tema delicado, quien lo padece logra ocultar la realidad y el impacto que genera en su vida. Otra vía asociada es el aumento de los niveles de estrés materno y la mala nutrición. Por lo tanto, estos dos factores se asocian al parto pretérmino y son factores de riesgo que influyen en la mortalidad perinatal e infantil ¹¹, factores que no fueron recopilados en la encuesta de este estudio. La violencia en este estudio puede estar asociada conjuntamente con otros factores determinantes ³⁴ (social, demográfico, socioeconómicos, etc.) como factor de riesgo y no necesariamente como una causal del parto pretérmino.

En resumen, los distintos estudios aquí presentados así como la presente investigación, concuerdan que la violencia perjudica especialmente a la mujer en sus distintas etapas de vida. Se evidencia su presencia incluso en una etapa vulnerable que es el embarazo. Pese a que en este estudio no se hallaron valores estadísticamente significativos, se observa una tendencia que apunta a que los diversos tipos de violencia son factores de riesgo para la ocurrencia de parto pretérmino.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- Se encontró que el 33.77% de puérperas encuestadas si fueron víctimas de violencia durante su embarazo.
- No se halló relación estadísticamente significativa entre la violencia basada en género y la ocurrencia de parto pretérmino en las puérperas que fueron encuestadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de agosto y setiembre de 2017.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica con el parto pretérmino en las puérperas encuestadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de agosto y setiembre de 2017.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la violencia física con el parto pretérmino en las puérperas encuestadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de agosto y setiembre de 2017.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la violencia sexual con el parto pretérmino en las puérperas encuestadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de agosto y setiembre de 2017.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- Se recomienda para la realización de futuros estudios similares el uso de distintos diseños de investigación.
- Implementar la ficha de tamizaje de violencia con regularidad en el primer contacto de la mujer en edad reproductiva con el establecimiento de salud, y mayor énfasis en mujeres en etapas vulnerables.
- Se sugiere mencionar la violencia en la práctica educativa de la Psicoprofilaxis obstétrica, con el fin de promover el bienestar y prevenir los efectos que podrían impactar negativamente en la salud de la madre y niño.
- Realizar intervenciones educativas que promuevan la autoestima, habilidades sociales y toma de decisiones en mujeres y varones en edad escolar, ya que se predispondrá una actitud distinta frente a la violencia basada en género.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MIMP. “Violencia basada en género”. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado. MIMP [Online]. 2016. [citado 25 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/dcbz>
2. OMS. “Violencia contra la mujer”. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. OMS [Online]. 2016. [citado 16 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/y627>
3. INEI. “Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2009-2018”. INEI [Online]. 2018. [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/mahv>
4. Pérez M, Lopez G, Leon A. “Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido”. Acta Pediátrica de México [Online]. 2008. [citado 26 marzo 2017]; 29(5): 267-272. Disponible en: <https://n9.cl/1pbi>
5. OMS. “Género y salud de la mujer: Comprender la violencia contra la mujer”. OMS [Online]. 2017 [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/ozq2>
6. Saravia J, Mejía M, Becerra S, Palomino A. “Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados”. Revista Peruana de Epidemiología [Online]. 2012 [citado 28 marzo 2017]; 16(2): 84-90. Disponible en: <https://n9.cl/abv1n>
7. Huallpa J, Urrutia A. “Relación entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de febrero a marzo del 2018”. [Tesis para Optar el Título Profesional]. Universidad Norbert Wiener. 2018. Disponible en: <https://n9.cl/1b9l>

8. Sanchez S, Alva A, Chang G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. "Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru". *Matern Child Health J* [Online]. 2013 [citado 28 marzo 2017]; 17(3): 485-492. Disponible en: <https://n9.cl/d464>
9. Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. "Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study". *Reproductive health* [Online]. 2019 [citado 23 mayo 2019]; 22(1): 1-9. Disponible en: <https://n9.cl/mslq>
10. Sobhani S, Niknami M, Mirhaghjou S, Roshan Z. "Domestic Violence and its Maternal and Fetal Consequences Among Pregnant Women". *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* [Online]. 2018 [citado 23 mayo 2019]; 28(2): 143-149. Disponible en: <https://n9.cl/z1t3>
11. Laelago T, Belachew T, Tamrat M. "Effect of intimate partner violence on birth outcomes". *African Health sciences* [Online]. 2017 [citado 24 mayo 2019]; 17(3): 681–689. Disponible en: <https://n9.cl/wrre>
12. Sigalla G, Mushi D, Meyrowitsch D, Manongi R, Rogathi J, Gammeltoft T, et al. "Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study". *PLOS ONE* [Online]. 2017 [citado 28 marzo 2017]; 12(2): 1-14. Disponible en: <https://n9.cl/iv5f>
13. Andrade E. "Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016". [Tesis para Optar el Título Profesional]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016. Disponible en: <https://n9.cl/i906>
14. Hoang T, Van T, Gammeltoft T, Meyrowitsch D, Thi Thuy H, Rasch V. "Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort study".

PLOS ONE [Online]. 2016 [citado 28 marzo 2017]; 11(9): 1-14. Disponible en: <https://n9.cl/t3t8>

15. Donovan B, Spracklen C, Schweizer M, Ryckman K, Saftlas A. "Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis". BJOG [Online]. 2016 [citado 28 marzo 2017]; 123: 1289-1299. Disponible en: <https://n9.cl/067>
16. Sevilla I. "Violencia contra la mujer en el embarazo y complicaciones materno-fetales, pacientes ingresadas en el hospital alemán nicaragüense, septiembre - diciembre 2014". [Tesis para Optar al Título de Especialista]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2015. Disponible en: <https://n9.cl/50ev>
17. Vela E. "Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008". [Tesis para Optar el Título Profesional]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008. Disponible en: <https://n9.cl/4z1c>
18. OMS. "Violencia". OMS [Online]. 2019 [citado 25 mayo 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/9627>
19. OPS. "Informe mundial sobre la violencia y la salud". OPS [Online]. 2003 [citado 29 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/6k7u>
20. OPS. "Violencia contra las mujeres". OPS [Online]. 2018 [citado 29 noviembre 2018]. Disponible en: <https://n9.cl/8knn>
21. Ministerio de Salud. "Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género". MINSA [Online]. 2007 [citado 25 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/ctu3>

22. Ministerio de Salud. “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”. Protocolo sobre Violencia contra la Mujer. MINSA [Online]. 2004 [citado 25 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/4csn>
23. Velasco M. “Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía”. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 2015. Disponible en: <https://n9.cl/qhk0>
24. García C, Dorrego J. “Violencia de género durante el embarazo: prevalencia, riesgos y prevención. Estudio de revisión”. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. 2008 [citado 26 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/r9la>
25. OMS. “Violencia contra la mujer”. OMS [Online]. 2016 [citado 26 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/uqrs>
26. ACOG. “Preterm (Premature) Labor and Birth”. ACOG [Online]. 2016 [citado 28 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/h31i>
27. OMS. “Nacimientos prematuros”. OMS [Online]. 2016 [citado 28 marzo 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/ovu8>
28. Espinoza J. “Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Online]. 2008 [citado 02 abril 2017]; 54: 15-21. Disponible en: <https://n9.cl/tp4j>
29. Pacheco J. “Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Online]. 2008 [citado 02 abril 2017]; 54: 24-32. Disponible en: <https://n9.cl/4cab>
30. FASGO. “Parto pretérmino”. FASGO [Online]. 2014 [citado 02 abril 2017]. Disponible en: <https://n9.cl/mzlf>

31. Gracián N. “Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016”. [Tesis para Optar el Título Profesional]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016. Disponible en: <https://n9.cl/z3v0>
32. OMS. “Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto”. OMS [Online]. 2014 [citado 05 junio 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/twes>
33. INSP. “Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. Mexico”: INSP [Online]. 2003 [citado 05 junio 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/kn46>
34. Escobar E, Gordillo L, Martínez H. “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención”. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Online]. 2017 [citado 05 junio 2019]; 55(4):424-8. Disponible en : <https://n9.cl/e7gb>

ANEXOS

ANEXO N° 01
HOJA DE SELECCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“Violencia basada en género y su relación con el parto pretérmino en
puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto –
setiembre 2017”

Fecha: ____/____/____

N° ____

Criterios de Inclusión	Si	No
1. Puérperas de parto pretérmino.	()	()
2. Puérperas de parto a término.	()	()
3. Puérperas que deseen participar en la investigación.	()	()
4. Puérperas mayores de edad	()	()
5. Puérperas con recién nacido vivo	()	()
Criterios de Exclusión		
6. Puérperas adolescentes	()	()
7. Puérperas con trastorno psiquiátrico	()	()
8. Puérperas de parto múltiple	()	()

- Para ser considerado caso, se requiere marcar “Si” en los numerales 1, 3,4 Y 5, así mismo se requiere “No” en los numerales 6, 7,8 y 9.
- Para ser considerado control se requiere marcar “Si” en los numerales 2, 3,4 y 5 así mismo se requiere marcar “No” en los numerales 6, 7,8 y 9

ANEXO N° 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“Violencia basada en género y su relación con el parto pretérmino en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto - setiembre 2017”

INVESTIGADORA: Solís Mendoza, Flor D' María.

Esta es una invitación a participar en un estudio de investigación. El propósito de este formato de consentimiento informado es darle la información que necesita y así ayudarlo a decidir si desea participar en el estudio. Por favor lea este documento cuidadosamente. Usted puede hacer preguntas acerca de los objetivos de esta investigación, los riesgos y beneficios, sus derechos como voluntaria o cualquier otra cosa que no esté clara en este formato. Cuando todas sus preguntas hayan sido respondidas, usted puede decidir si quiere participar o no en este estudio.

Sus derechos El participar en este estudio es voluntario. Usted puede retirarse en cualquier momento si lo desea, eso no afectará los cuidados médicos que recibe en la institución. La información sobre usted es confidencial pues no se colocará su nombre.

Procedimientos Si usted acepta participar en este estudio deberá responder preguntas sobre sus datos generales, datos sobre su gestación y datos sobre la exposición a violencia en el último embarazo. Por otro lado, la ejecución del estudio tomará un máximo de 20 minutos por persona y será realizado dentro del servicio de Hospitalización donde usted se encuentre.

Objetivos Estoy realizando un estudio para determinar la relación entre la Violencia basada en género y el parto pretérmino.

Beneficios y Riesgo Usted no recibirá ningún beneficio por su participación en este estudio, pero espero que su colaboración me ayude a saber la relación de la violencia basada en género y el parto pretérmino. Su participación en este estudio no le ocasionará ningún peligro ni daño físico. Algunas de las preguntas pueden traerle recuerdos de su gestación anterior. Algunas personas sienten que el dar información es una invasión a su privacidad, sin embargo le garantizamos que su información será utilizada solo para fines del estudio y se mantendrá la confidencialidad.

Declaración de la participante

Este estudio me fue explicado. Me ofrezco voluntariamente a participar en esta investigación.

Firma del investigador

Firma de la colaboradora

ANEXO N° 03
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“Violencia basada en género y su relación con el parto pretérmino en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto – setiembre 2017”

Fecha: ____/____/____

N° ____

() Grupo de CASOS

() Grupo de CONTROLES

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: ____ años

2. Grado de instrucción:

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Técnico ()
- d) Superior Univ. ()

3. Estado civil:

- a) Soltera ()
- b) Conviviente ()
- c) Casada ()
- d) Separada / Divorciada ()

4. Ocupación:

- a) Empleada ()
- b) Independiente ()
- c) Ama de casa ()
- d) Otros: _____

5. Durante el embarazo, consumió:

() Tabaco () Alcohol () Droga () Ninguno de las anteriores

6. Su embarazo, fue planificado: Si () No ()

7. Se realizó controles prenatales: Si () No () ¿cuántos?: _____

II. PARTO PRETÉRMINO

Si (1) No (2)

1. Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()
2. Tiempo de gestación: EG: _____ x ECO _____ ; x FUR: _____
 - a) <28 semanas ()
 - b) 28 a <32 semanas ()
 - c) 32 a <37 semanas ()
3. Hospitalizada por amenaza de parto prétermo: Si () No ()

III. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

1. Edad gestacional por Capurro: _____ semanas
2. Sexo del recién nacido: Masculino () Femenino ()
3. Peso del recién nacido: _____ gr.
4. Talla: _____ cm.
5. Apgar al minuto _____ Apgar 5 minutos _____

IV. CUESTIONARIO:

Las siguientes preguntas abarcan el problema de la violencia que es muy común en la vida cotidiana de la población femenina. Es MUY IMPORTANTE que usted responda SINCERAMENTE; de este modo nos permitirá identificar y planear soluciones frente a esta situación. Recuerde que el cuestionario es CONFIDENCIAL, No será usado para denuncias, ni tampoco se revelará su identidad.

1. Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida emocionalmente por su pareja o alguna persona importante para usted?
(1) SI (2) NO (Pase a la pregunta 5)
2. Si su respuesta es 'SI', señale el tipo de agresión emocional que fue víctima (puedes marcar más de 1):
(1) Insultos (2) Amenazas (3) humillación (4) Gritos
(5) Abandono (6) Intimidación (7) Otros: _____
3. Qué parentesco tiene usted con la persona que la agredió emocionalmente durante su embarazo:
(1) Pareja (2) Padre (3) Madre (4) Hermanos
(5) Otros: _____
4. El agente (persona) que la agredió emocionalmente ¿vive con usted?
(1) SI (2) NO

5. Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida físicamente por su pareja o alguna persona importante para usted?

- (1) SI (2) NO (Pase a la pregunta 9)

6. Si su respuesta es SI, señale el tipo de agresión física que fue víctima (puedes marcar más de una alternativa):

- (1) Empujones (2) Bofetadas (3) Puñetes (4) Patadas
(5) Golpes con objetos (6) Otros: _____

7. Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño físico durante su embarazo:

- (1) Pareja (2) Padre (3) Madre (4) Hermanos
(5) Otros: _____

8. El agente (persona) que la agredió físicamente ¿vive con usted?

- (1) SI (2) NO

9. Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez tocada de forma inapropiada por su pareja o alguna otra persona?

- (1) SI (2) NO

10. Durante su embarazo, ¿Recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales con su pareja o alguna otra persona?

- (1) SI (2) NO (Finalizó, no continúe)

11. Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño sexual durante su embarazo:

- (1) Pareja (2) Padre (3) Madre (4) Hermanos
(5) Otros: _____

12. El agente (persona) que la agredió sexualmente ¿vive con usted?

- (1) SI (2) NO

Anexo N° 04. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA	FUENTE DE VERIFICACIÓN	ITEMS INDICADORES	INSTRUMENTO	CODIFICACIÓN
Violencia basada en género	Acto que implica el uso de la fuerza física y/o verbal, que restringe la libertad y atropella los derechos de la vida en cualquier etapa de la mujer, provocando lesiones físicas y/o trastornos psicológicos y sexuales.	Psicológica	Cualitativa	Nominal	Historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida emocionalmente por su pareja o alguna persona importante para usted? ▪ Qué parentesco tiene usted con la persona que la agredió emocionalmente durante su embarazo. ▪ El agente (persona) que la agredió emocionalmente ¿vive con usted? 	Cuestionario de Violencia basada en género	SI=1 NO=2
		Física	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida físicamente por su pareja o alguna persona importante para usted? ▪ Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño físico durante su embarazo. ▪ El agente (persona) que la agredió físicamente ¿vive con usted? 		
		Sexual	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja? ▪ ¿Durante su embarazo recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja? ▪ El agente (persona) que la agredió sexualmente ¿vive con usted? 		

Parto pretérmino	Proceso que da lugar a las contracciones regulares del útero que producen cambios en el cuello uterino que comienzan antes de las 37 semanas y después de las 20 semanas de embarazo.		Cualitativa	Nominal	Historias clínicas	▪ <28 semanas	Formulario de recolección de datos	SI=1 NO=2
			Cualitativa	Nominal		▪ 28 a <32 semanas		
			Cualitativa	Nominal		▪ 32 a <37 semanas		